UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

KARINE OUELLET

COMPARAISON D'INDIVIDUS AYANT LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE ET PRÉSENTANT OU NON DES CONDUITES D'AUTODESTRUCTION QUANT AUX MÉCANISMES DE DÉFENSE AU TAT

AOÛT 2002

Sommaire

Une proportion inquiétante de tentatives de suicide est observée chez les individus souffrant du trouble de la personnalité limite. Plusieurs analyses préexistent quant à l'étiologie, la symptomatologie et les composantes intrapsychiques des individus limites. Kernberg (1997) circonscrit les caractéristiques de l'organisation limite de la personnalité. L'auteur établit la notion de sous-groupes d'individus limites à l'intérieur même de la problématique limite d'après la gravité du trouble. Kernberg mentionne que le trouble limite s'échelonne d'un niveau inférieur à celui moyen, selon les mécanismes de défense employés et selon le degré d'élaboration du surmoi. La variable mesurée dans cette étude est précisément la facture des mécanismes de défenses des individus souffrant du trouble de la personnalité limite. Cette recherche compare deux groupes d'individus qui présentent le trouble de la personnalité limite et qui adoptent (n=15) ou non (n=9) des conduites d'autodestruction. Les instruments de mesure SCID-I-P et SCID-II ciblent la présence de divers troubles mentaux chez les participants dont celui du trouble de la personnalité limite. La configuration défensive présentée par les participants se mesure à l'aide du *Thematic Aperception Test*, un test non structuré. La méthode d'analyse utilisée est celle de Shentoub (1998). Elle permet de repérer les mécanismes de défenses en fonction de l'organisation du récit. Quant aux passages à

l'acte autodestructeurs des participants, ils sont répertoriés grâce au questionnaire portant sur l'histoire des passages à l'acte. Les résultats indiquent que le nombre de défenses immatures (procédés d'évitement du conflit et processus primaires) est plus grand chez les individus agissants et que ces derniers utilisent plus les défenses de type narcissiques comparativement aux individus non agissants. D'autre part, il n'y a pas de différence significative à l'égard des mécanismes d'évitement du conflit, des processus primaires, du clivage et de la perte de distance entre les deux groupes. Les résultats permettent des réflexions sur le plan méthodologique et conceptuel. Ces réflexions encouragent la poursuite des recherches qui considèrent la notion de sous-groupes à l'intérieur du trouble limite.

Table des matières

Liste des tableaux

Tableau

Remerciements

L'auteure tient à remercier sa directrice de mémoire, madame Suzanne Léveillée, Ph.D., professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son assistance éclairée et ses judicieux conseils au cours de l'élaboration de ce projet. Elle exprime de même, sa gratitude aux organismes qui ont collaboré à ce projet, aux participants, ainsi qu'aux intervenants et collègues de travail qui ont encouragé cette démarche.

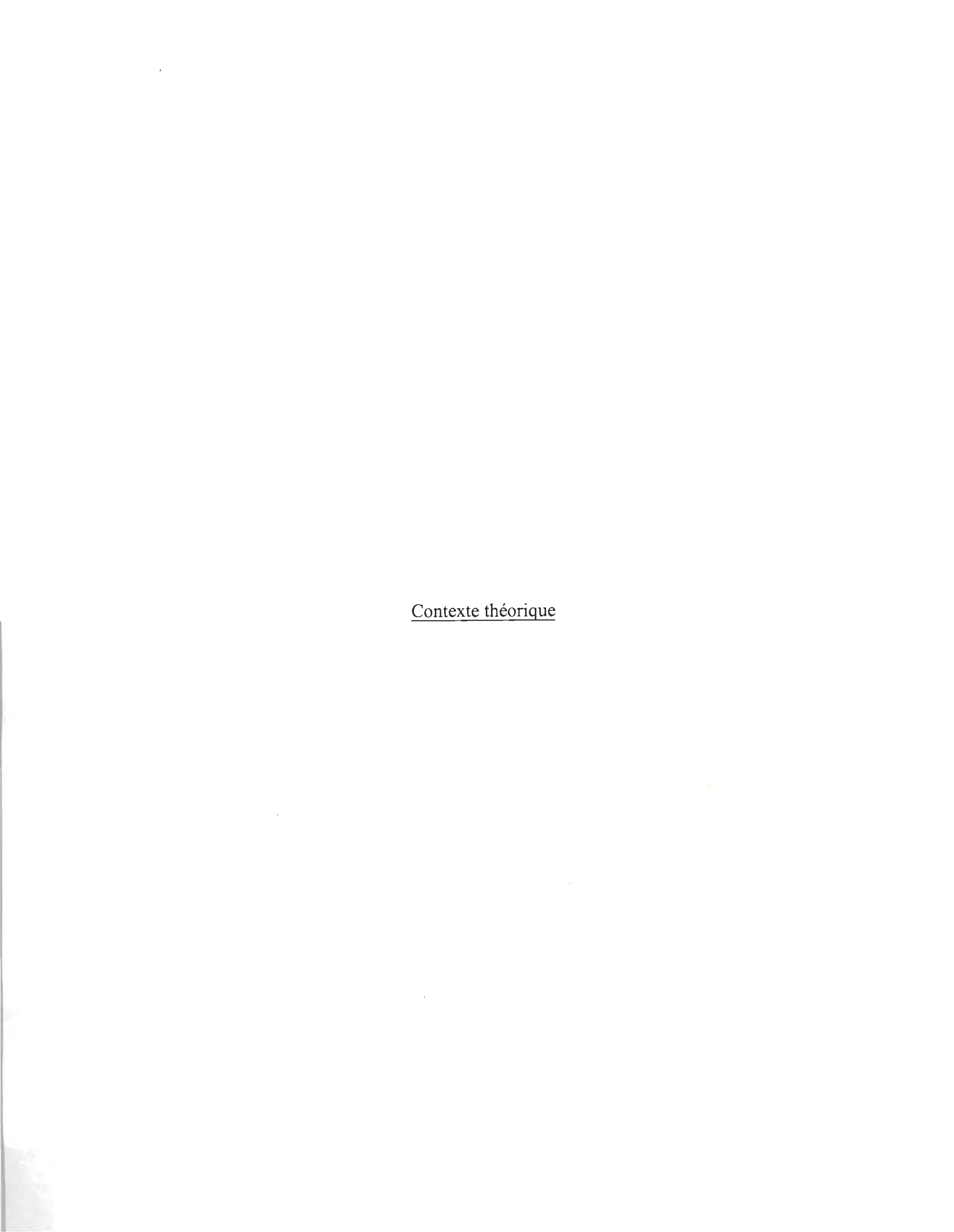
Introduction

En 1999, le suicide représente la première cause de décès prématurée chez les hommes québécois entre 15 ans et 39 ans (Statistique Canada, 2001). En ce qui concerne le suicide et la maladie mentale, Stone (1993) établit chez les personnes schizophrènes, maniaco-dépressives et chez les individus souffrant du trouble de la personnalité limite, un taux de risque suicidaire 50 fois plus élevé que celui de la population normale. Il dénombre parmi ces troubles un taux de 100 000 décès par année aux États-Unis. Il va sans dire que parmi les gens qui tentent de se suicider, un nombre considérable souffre de troubles mentaux. La présente recherche étudie le trouble de la personnalité limite. Selon l'*American Psychiatric Association* (1996), les individus atteints du trouble de la personnalité limite représentent 2% de la population et 20% des gens hospitalisés. Kernberg (1997) mentionne que les individus limites ont une tendance sévère aux passages à l'acte autodestructeurs ou hétérodestructeurs. L'incapacité de l'individu limite à gérer l'affect dépressif explique sa tendance à le repousser par tous les moyens possibles, dont les tentatives de suicide (Yeomans, Hull & Clarkin, 1994; Rippetoe, Alarcon, & Walter-Ryan, 1986; Friedman et al., 1983).

Cette étude a comme objectif de saisir ce qui sous-tend les passages à l'acte suicidaires chez certains individus souffrant du trouble de la personnalité limite. Pour ce faire, l'échantillon de participants limites se divise en deux groupes selon la présence ou l'absence de tentative de suicide. Cette division quant à la variable de l'agir suicidaire

s'appuie sur la théorie de Kernberg concernant les sous-groupes à l'intérieur de la problématique limite. Quelques recherches récentes abordent la notion de sous-groupes. Cependant, aucune n'évalue les défenses avec le *Thematic Aperception Test* (TAT). Cette variable a déjà fait l'objet d'études antérieures, mais une seule tenait compte de la notion de sous-groupes. La présente recherche propose la comparaison entre deux groupes d'individus limites avec ou sans agirs suicidaires quant aux mécanismes de défense au TAT. Elle permet d'établir un rapprochement entre la recherche et la pratique clinique.

Ce travail comporte quatre sections. Un relevé de la littérature est présenté au lecteur en première partie. Il traite en premier lieu de l'organisation limite en lien avec la configuration défensive limite et le passage à l'acte. Ensuite, les hypothèses de recherche sont posées. La seconde partie expose la méthodologie qui définit l'échantillon de participants, le matériel utilisé, la définition des instruments de mesure, ainsi que le déroulement de cette expérimentation. La troisième partie rend compte des résultats obtenus. Une discussion met un terme à cette étude en abordant les résultats en regard des théories sur lesquelles repose ce mémoire.



Contexte théorique

Cette première section expose d'abord les caractéristiques de l'organisation limite et la notion de sous-groupes à l'intérieur de la problématique limite. Dans un deuxième temps, elle présente la configuration défensive des individus d'organisation limite et ce qui caractérise les passages à l'acte associés à l'organisation limite. Ensuite, la méthode de repérage des mécanismes de défense des individus limites au TAT est explicitée. En dernier lieu, les hypothèses de recherche sont introduites grâce aux liens établis entre la structure limite, les mécanismes de défense et le passage à l'acte autodestructeur.

L'organisation limite de la personnalité

Cette section débute par la présentation des caractéristiques de l'organisation limite de la personnalité selon différentes théories et selon différents auteurs. Bergeret (1995) répertorie dans l'histoire de la psychologie approximativement quarante appellations différentes pour désigner un état pathologique représentant une organisation limite. La définition de l'organisation limite, qui adopte plus communément le vocable de : « borderlines », « états-limites » ou « cas limites », se résume selon deux tableaux figuratifs. Les auteurs, souvent de concert, ciblent d'un côté les composantes structurales intrapsychiques et de l'autre, les composantes symptomatologiques. De ce fait, cette étude met en évidence deux approches qui circonscrivent la personnalité limite:

psychanalytique et descriptive. C'est en grande partie l'approche psychanalytique, soutenue par des auteurs tels que Bergeret et Kernberg, qui explicite le concept d'organisation limite selon les mécanismes intrapsychiques. Le modèle psychanalytique se base sur le développement psycho-sexuel et sur les instances dynamiques de la personnalité. Pour sa part, l'approche descriptive fonde son analyse sur les éléments empiriques. Elle énumère la description des symptômes correspondants aux troubles mentaux, y compris celui du trouble de la personnalité limite.

En premier lieu, la composante descriptive de cette recherche réfère au « Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders » (DSM-IV). Cet ouvrage élaboré par *l'American Psychiatric Association* (APA) énumère les symptômes spécifiques du trouble de la personnalité limite. Ce trouble correspond à un ensemble de symptômes particuliers et coïncide au niveau structural à l'organisation limite de la personnalité. C'est donc dire que le trouble de la personnalité limite prend place dans l'organisation limite de la personnalité (Kernberg, 1989). L'APA (1994) définit le trouble de la personnalité limite comme étant caractérisé par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi ainsi que des affects et se traduisant par une impulsivité marquée. Ce trouble apparaît au début de l'âge adulte. Il se présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

2- Relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

3-Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

4-Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses excessives, relations sexuelles à risques, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

5-Répétition de comportements, de gestes, de menaces suicidaires ou d'automutilations

6-Instablilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété qui dure habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

7-Sentiments chroniques de vide

8-Colères intenses et inaproppriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

9-Survenue transitoire, dans les situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Chabert, Brusset et Brelet (1999) brossent un tableau descriptif qui corrobore celui de l'APA soit : des efforts pour éviter une situation d'abandon, une instabilité des relations interpersonnelles, un sentiment d'identité diffuse, une impulsivité dommageable, des gestes suicidaires et d'automutilation, des sentiments dépressifs et de vide, des colères illogiques, des idées de persécution ou des symptômes dissociatifs en

situations de stress. Il en va de même pour Gunderson et Singer (1975) et Gunderson (1984) qui ciblent six items descriptifs pour établir le diagnostic du trouble limite. Ils énumèrent : la présence d'affects intenses habituellement hostiles ou agressifs, une histoire de comportements impulsifs, une certaine adaptation sociale, des expériences psychotiques brèves, la perte de la capacité de raisonnement lors de situations non structurées, des relations interpersonnelles vacillant entre la superficialité et une grande dépendance.

En second lieu, la présente étude adopte en majeure partie les concepts théoriques du psychanalyste américain Otto Kernberg quant aux composantes structurales et intrapsychiques de l'organisation limite de la personnalité. L'auteur présente une expertise quant à la compréhension de la problématique limite. Les critères de la population limite définis par Kernberg incluent ceux du DSM-IV et ceux de Gunderson (Leichsenring, 1999). Kernberg considère le trouble limite comme une organisation durable et spécifique de la personnalité. Il se base sur trois critères afin de diagnostiquer la personnalité limite. Premièrement, la diffusion de l'identité démontre le défaut d'intégration du concept de soi et d'autrui. Ainsi, les perceptions de soi ou des autres sont contradictoires ou appauvries. Deuxièmement, le fonctionnement défensif primaire se caractérise par une défense centrale: le clivage. Cette dernière est renforcée par l'identification projective, l'idéalisation, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Enfin, la personnalité limite préserve sa capacité à maintenir l'épreuve de la réalité en

différenciant le soi et le non soi, puis en évaluant convenablement les conduites selon les normes sociales (Kernberg, 1995, 1997).

Kernberg précise que l'organisation limite occupe une position intermédiaire entre les structures psychotiques et névrotiques, puis se distingue de celles-ci. D'une part, la prédominance d'une organisation défensive primaire ainsi qu'une identité diffuse départage la personnalité limite de la personnalité névrotique. D'autre part, la préservation de l'épreuve de la réalité distingue l'individu limite du psychotique. L'individu d'organisation limite ne confond pas les images de soi et celles de l'objet contrairement à l'individu d'organisation psychotique. Cependant, un discernement est de mise quant au rapport à la réalité des individus d'organisation limite. Celui-ci comporte quelques perturbations telles que des épisodes psychotiques passagers qui peuvent survenir lors d'un choc sévère ou sous l'influence d'alcool ou de drogue. De ce fait, l'intégrité des frontières du moi demeure suffisante, mais constamment sujette à la fragilité (Kernberg, 1997).

Un élément représentatif des individus d'organisation limite est l'aspect caractéristique du moi et de ses frontières. Le moi des individus d'organisation limite n'est jamais aussi complet que le moi névrotique. Cependant, il n'est pas aussi endommagé, voire morcelé, que le moi psychotique. Les frontières du moi de l'individu d'organisation limite sont qualifiées de poreuses. Chabert et al. (1999) rapportent à ce propos que le moi limite se déforme. De ce fait, la réalité extérieure est sans cesse

sollicitée pour suppléer au contrôle défaillant de la réalité intérieure et au vide de l'espace interne. Anzieu (1995) définit très bien cette déformation du moi. L'auteur illustre le moi de chaque organisation par deux faces adossées qui n'en forment qu'une seule. Cependant, Anzieu mentionne que pour l'individu limite cette face unique est tordue telle un anneau de Moebius. Ceci explique la confusion entre ce qui vient du dedans et ce qui vient du dehors puisque le dehors peut devenir un dedans et vice versa. Un parallèle s'instaure quant à la notion de contenance et d'impulsivité lorsqu'on imagine que le contenu pulsionnel du monde interne mal maîtrisé peut devenir à son tour un contenant poreux qui favorise le manque de contrôle interne. Chabert et al. (1999) ajoutent que la porosité des limites entraîne le sentiment d'intrusion et la multiplication des mouvements de projection. Ceci aggrave le défaut de différenciation entre le monde interne et externe. Le moi limite déformé et ses frontières poreuses représentent un aspect fondamental de la pathologie limite et expliquent en partie les comportements des personnalités agissantes. À cet effet, l'étude de Paquet (2002) ne révèle pas de différence significative quant à la perte de limite du moi entre deux groupes d'individus souffrant du trouble limite et agissants ou non de manière autodestructrice.

Il s'avère que le moi de l'individu d'organisation limite se caractérise par son aspect lacunaire. Kernberg (1989, 1997) énumère ce qui affaiblit le moi limite. Il identifie l'aspect spécifique de la faiblesse du moi, soit la prédominance des mécanismes de défense primitifs. Ces mécanismes de défense sont essentiellement responsables de la faiblesse du moi. Kernberg distingue aussi les aspects non spécifiques de la faiblesse du

moi soit: le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation. Bergeret (1995) appuie ces propos en remarquant chez l'individu dépressif limite l'impossibilité pour le moi d'acquérir des capacités d'autonomie et de médiation entre l'univers pulsionnel et un surmoi intériorisé secondairement. Il est de même infaisable pour le moi limite d'organiser des défenses à la fois souples et efficaces selon l'évaluation adéquate des réalités intérieures et extérieures du moment.

Kernberg (1997) résume les caractéristiques de l'organisation limite selon quatre regroupements: un ensemble typique de manifestations défensives du moi, un ensemble typiques de symptômes, une pathologie typique des relations d'objets internalisés, puis des traits génétiques et dynamiques caractéristiques.

Goldstein (1990) et Gunderson (1984) comprennent la pathologie limite selon le type de relations d'objet de l'individu. Westen, Lohr, Silk, Gold & Kerber (1990) démontrent que le TAT des individus limites révèle des relations d'objet plus pathologiques comparativement aux individus déprimés ou « normaux ». Il en va de même pour Ackerman, Clemence, Weatherill, & Hilsenroth (1999) quant à une plus grande pathologie des relations d'objet des individus présentant le trouble de la personnalité limite comparativement à ceux présentant le trouble de la personnalité narcissique et antisocial. Bien que ces résultats soient remarquables, la présente étude se

concentre plus particulièrement sur le premier regroupement, soit les manifestations défensives.

La notion de sous-groupes d'individus limites

Les théoriciens explorent depuis peu la notion de sous-groupes au sein de l'organisation limite. Gunderson (1984) définit trois niveaux de fonctionnement des individus limites conformément à leur rapport à l'objet. Plus cet objet représente une menace de perte, plus l'individu limite peut présenter une altération du sens de la réalité. Ceci peut entraîner jusqu'à des symptômes dissociatifs de type déréalisation ou dépersonnalisation. Pour Bergeret (1992, 1996) l'évolution du tronc commun de l'état limite peut conduire aux aménagements caractériels ou pervers. Le caractère se définit comme une organisation stable et durable qui correspond aux arrangements relationnels manifestes de la structure latente. L'auteur établit dans l'aménagement caractériel, le caractère névrotique, psychotique et narcissique. Le caractère narcissique comporte cinq sous catégories : abandonnique, de destinée, phallique, psychopathique et dépressive.

Plus récemment, Kernberg (1989, 1995, 1997) distingue aussi des sous-groupes à l'intérieur de la problématique limite. L'auteur mentionne qu'il est possible de ranger la pathologie limite le long d'un continuum allant de l'échelon supérieur à celui inférieur selon le niveau de gravité de la pathologie du caractère. Cette catégorisation se fonde sur l'usage des mécanismes de défense et du degré d'élaboration du surmoi. Kernberg énonce que les personnalités dépressives, obsessionnelles et hystériques, caractérisées

par les formations réactionnelles, se situent à l'échelon supérieur. Ces personnalités possèdent une meilleure intégration du moi et du surmoi. Les individus de l'échelon moyen présentent des pathologies limites infantiles et sadomasochistes. Ils ressentent moins de culpabilité, car leur surmoi n'est pas aussi bien intégré que ceux du niveau supérieur. Quant aux individus masochistes, narcissiques et antisociaux, ils correspondent au registre des personnalités d'échelon inférieur. Ce sont les personnalités où le surmoi est le moins bien intégré. Les individus présentant des conduites d'autodestruction, soit les personnalités masochistes d'échelon inférieur, tentent d'apaiser leur angoisse par diverses formes d'automutilations ou d'actes suicidaires impulsifs accomplis sous une forte rage et pratiquement sans affect dépressif.

Les individus souffrant du trouble de la personnalité limite se situent donc aux échelons moyen ou inférieur selon la gravité de leur trouble. Plusieurs études récentes (Paquet, 2002; Lefebvre, 2001; Léveillée, 2001; Bollens, 1999; Laviolette, 1999) adoptent cette conception théorique de sous-groupes à l'intérieur de la problématique limite. Parmi ces études, quatre rendent compte de résultats significatifs qui démontrent une différence dans la gravité du trouble. Par exemple, Laviolette (1999) observe une différence significative quant aux niveaux d'impulsivité, d'égocentricité et de gravité du trouble limite qui sont plus accentués chez les individus limites commettant des passages à l'acte autodestructeurs que chez ceux n'en commettant pas. Il va de même de l'étude de Paquet (2002) qui rapporte une différence significative quant aux mécanismes de défense privilégiés chez le groupe d'individus limites agissant de façon autodestructrice

comparativement aux individus limites non agissant. Au Rorschach, l'étude révèle qu'il y a une plus grande prévalence des mécanismes de clivage chez les individus limites commettant des tentatives de suicide. À contrario, le mécanisme d'intellectualisation caractérise plus spécifiquement les individus sans agir autodestructeur.

La configuration défensive

L'élaboration et la maturation des mécanismes de défense s'effectuent de manière graduelle lors du développement psychomoteur et psychosexuel de l'enfant. Les théoriciens départagent les mécanismes de défense selon leur degré de maturité. Les processus primaires, plus archaïques, caractérisent l'activité de l'inconscient et réfèrent au pôle pulsionnel ainsi qu'au principe du plaisir. Ils visent la décharge pulsionnelle immédiate et le retour à l'état de moindre tension. Quant aux processus secondaires, ils régissent les processus primaires selon les principes de réalité et de notion temporelle, avec pertinence, jugement et raisonnement. Les mécanismes de défense sont en fait un ensemble d'opérations qui incombent au moi et qui visent à maintenir une sorte d'homéostasie face aux excitations internes et externes (Laplanche & Pontalis, 1988). L'objectif premier des mécanismes de défense est de protéger la personne de l'angoisse.

Les individus limites utilisent des modalités défensives qui relèvent du développement primaire et qui sont utilisées par les psychotiques, ainsi que des modalités plus matures, soit les processus secondaires utilisés par les névrotiques

(Foucade, 1997). Chabert et al. (1999) renchérissent ces propos en ajoutant que la personnalité limite se définit selon deux modes. Tout d'abord, le mode adaptatif et réel, d'où provient l'apparente normalité de l'individu. Ensuite, le mode anaclitique qui fait usage de défenses archaïques. C'est parmi celles-ci qu'on retrouve la défense principale de l'organisation dépressive-limite: le clivage. Pour Kernberg (1997), le diagnostic de l'organisation limite n'a de valeur que selon la prédominance d'une certaine configuration défensive. Celle-ci se caractérise par des mécanismes de défense primitifs, soit le clivage, autour duquel gravite l'idéalisation primitive, des formes précoces de projection (en particulier l'identification projective), le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Chez les individus limites, ces opérations défensives immatures agissent en renforçant le clivage et en protégeant le moi de la douleur psychique. Pour les fins de cette analyse, ces mécanismes de défense sont définis selon leur rapport au clivage.

Le fonctionnement défensif des individus d'organisation limite, comme mentionné précédemment, est centré autour du mécanisme du clivage. Celui-ci représente en fait une division défensive du moi. Les états contradictoires du moi se trouvent maintenus à distance afin d'éviter l'angoisse liée au conflit. L'évidence du clivage paraît lors du partage des objets externes en « totalement bon » ou « totalement mauvais ». Le fait d'osciller de façon répétitive entre les idées contradictoires pour un même objet est une autre manifestation du clivage. La représentation de l'objet prend alors une forme dichotomique. Le clivage nuit à la cohésion de soi, à la cohérence de l'expérience psychique et au processus d'intégration par lequel le moi se consolide en

une identité stable. Ceci explique le fondement du syndrome d'identité diffuse car il y a incapacité à réaliser la synthèse des introjections positives et négatives dans le monde interne (Kernberg, 1997).

L'idéalisation primitive renforce un pôle du clivage car les attributs de l'objet sont magnifiés en idéaux de pouvoir, de grandeur et de perfection. Ce mécanisme représente la tendance à voir les objets externes comme totalement bons afin qu'ils puissent protéger l'individu contre les mauvais objets. Les images de l'objet deviennent irréelles, totalement bonnes et puissantes, ce qui affecte le développement de l'idéal du moi. L'idéalisation primitive manifeste directement un fantasme primitif de protection contre le monde environnant. Ce mécanisme entrave l'intégration du surmoi car les exigences réalistes et objectives que cette intégration nécessite ne sont pas rencontrées (Kernberg, 1997).

L'identification projective est une forme primitive de projection. Les tendances projectives ont pour but d'externaliser les images de soi et d'objet totalement mauvaises et agressives. Laplanche et Pontalis (1988) définissent la projection comme étant l'opération par laquelle le sujet expulse des sentiments, des désirs, des représentations d'objets qu'il méprise, ignore ou refuse en lui et les localise dans un autre objet, personne ou chose. La projection consiste en premier lieu à réprimer une expérience intolérable, pour ensuite la projeter sur un objet et finalement se distancer de cet objet. L'identification projective est quant à elle typique des patients limites et psychotiques,

alors que la projection est typique d'un niveau de fonctionnement plus élevé (Kernberg, 1993). L'identification projective vise à pénétrer la personnalité de l'autre, à y introduire des parties rejetées de soi et à traiter ensuite l'autre de manière hostile comme s'il était réellement le porteur originaire des parties projetées (Millaud, 1998). C'est alors ce porteur d'objets dangereux qui devient source de représailles. De ce fait, l'individu limite doit se défendre en contrôlant l'objet menaçant et en l'empêchant de l'agresser. Il envisage ainsi de l'attaquer et de prendre le contrôle avant que celui-ci ne le fasse. Cette projection de l'agressivité, associée à la faiblesse du moi, affaiblit les frontières du moi malgré la capacité préservée à distinguer le soi des autres. L'identification projective à pour conséquence que l'expérience émotionnelle se confond avec celle d'une autre personne (Kernberg, 1989, 1997). Il devient alors difficile de savoir à qui appartient l'affect. Cette défense maintient le clivage en consacrant l'individu limite tout bon et en expulsant ce qui est tout mauvais sur autrui.

Le type de déni des individus d'organisation limite s'applique à deux domaines affectivement indépendants, clivés l'un de l'autre. Il peut ainsi coexister chez l'individu limite deux champs de conscience indépendants qui appartiennent à un même ensemble. L'aspect dénié peut s'entrevoir grâce à la connaissance intellectuelle qu'en a l'individu, mais ne peut être intégré à l'expérience affective. Par ce phénomène, l'individu limite s'aperçoit que ses perceptions, sentiments et pensées envers lui ou autrui sont parfois différents ou contradictoires à ce qu'ils étaient autrefois. Le déni peut s'exprimer par une

absence d'angoisse ou de réaction affective par rapport aux besoins, dangers et conflits qui peuvent survenir (Kernberg, 1989, 1997).

L'omnipotence et la dévalorisation sont des dérivés des opérations de clivage qui affectent les représentations du soi et de l'objet. Le narcissisme omnipotent peut conduire à ignorer les parties vulnérables du soi ou sa dépendance. Dans la dévalorisation, les attributs de l'objet sont diminués, ternis ou critiqués. Kernberg (1989) mentionne que l'omnipotence et la dévalorisation se manifestent typiquement par l'émergence d'états du moi qui se représentent un soi démesuré, grandiose, ainsi que des représentations dépréciées et affectivement dégradées des autres.

Au lieu de chercher à modifier la douleur psychique par la compréhension, le moi utilise ces défenses dans le but d'éviter la souffrance. Dans ces conditions, l'utilisation de ces mécanismes immatures diminuent l'angoisse mais engendre davantage de conflits relationnels et contribuent à activer de nouveau l'angoisse. C'est alors que surviennent les passages à l'acte qui tentent en vain de suppléer à l'inefficacité des mécanismes de défense (Millaud, 1998).

Le passage à l'acte autodestructeur chez les individus d'organisation limite

Millaud (1998) mentionne qu'à l'état normal, le comportement, le langage et la mentalisation traduisent les pensées de façon cohérente. Par contre, à l'état pathologique ces éléments sont remplacés par la mise en action, soit une décharge directe des tensions

que le psychisme n'arrive pas à contenir, ce qui constitue le passage à l'acte. C'est alors que la pensée et la mentalisation sont évacuées au profit de l'action motrice. Par conséquent, le passage à l'acte signe une détérioration de l'expression normale du fonctionnement mental et s'inscrit au niveau des fonctionnements régressifs. Debray (cité dans De Tychey, 1994) définit la mentalisation selon la capacité qu'a le sujet à tolérer, traiter et négocier l'angoisse intrapsychique, de même que l'affect dépressif et les conflits inhérents à la vie.

Une étude récente porte sur la mentalisation et les passages à l'acte. Léveillée (2001) présente une étude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétérodestructeurs quant aux indices de mentalisation au Rorschach. L'auteur démontre que les individus limites ayant commis des agirs hétérodestructeurs sont caractérisés par une plus grande rigidité des défenses, moins d'affects dépressifs et moins d'indices d'agressivité intrapsychique.

Kernberg (1997) observe qu'on retrouve dans l'organisation limite de la personnalité une propension importante à l'hétéro ou à l'auto agressivité. Les individus limites retrouvent un apaisement de leur angoisse par diverses formes d'automutilations ou d'actes suicidaires. Or, les individus d'organisation limite présentent une perturbation du processus de mentalisation. Ceci favorise la prédominance des passages à l'acte en tant que fonctionnement privilégié. Millaud (1998) et Marty (1991) observent la précarité des mécanismes de défense liée au défaut de mentalisation. Les défenses sont

qualifiées de peu productives et débordées. Chabert et al. (1999) ajoutent que le défaut d'investissement d'espace psychique, de monde interne et d'univers de représentations peut justifier l'inefficacité du refoulement. Ce qui explique la nécessité d'utiliser des défenses comme le déni, la projection hors de la psyché, l'identification projective, la somatisation ou la mise en actes. Selon Foucade (1997), la faible résistance du moi à la frustration et à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et émotionnel, la faiblesse du surmoi, la difficulté à sublimer puis à symboliser étayent l'explication pour laquelle le passage à l'acte rencontre peu de résistance. Millaud (1998) mentionne que le passage à l'acte devient alors une ressource importante pour éviter l'angoisse ou pour l'évacuer. De ce fait, sans avoir à dévoiler ses conflits à autrui ou à soi-même, la mort de soi ou de l'autre devient une solution. La fréquence et le degré de gravité des passages à l'acte hétérodestructeurs ou autodestructeurs indiquent le niveau de détresse de l'individu. À cet effet, il y a plus de tentatives de suicide sérieuses chez les individus ayant le trouble de la personnalité limite et souffrant de désordres affectifs ainsi que d'abus de substance comparativement aux individus limites sans désordre affectif et sans abus de substance (Fyer, Frances, Sullivan, Hurt & Clarkin, 1988).

Bergeret (1992, 1996) mentionne que le besoin d'agir sur la réalité externe comble les défaillances de la réalité intérieure et le risque dépressif. Cet agir constitue une fuite contre l'angoisse d'abandon qui entraîne la dépression chez l'individu limite. C'est ainsi que l'angoisse de l'état limite en est une de perte d'objet. L'étude de Champagne (2000) relate que parmi les individus présentant le trouble de la personnalité

limite, ceux qui ne démontrent pas de composante dépressive ressentent plus de détresse et sont plus susceptibles d'agir de manière autodestructrice que ceux qui présentent cette composante dépressive. Yeomans et al. (1994) ainsi que Rippetoe et al. (1986) en arrivaient précédemment à ces mêmes conclusions. D'autres chercheurs renchérissent ces résultats à savoir que les passages à l'acte hétérodestructeurs permettent de ne plus ressentir l'affect dépressif chez les individus limites d'échelon inférieur (Léveillée, 2001; Bollens, 1999). Ceci tend à confirmer que la dépression est moins ressentie lorsque la problématique limite se situe au niveau des échelons inférieurs (Kernberg, 1997).

Le TAT et le fonctionnement limite

Cette étude propose le TAT afin de mesurer les mécanismes de défense. À ce propos, Kernberg (1997) mentionne que le mode de fonctionnement en processus primaires, qui constitue le témoin structurel le plus important chez l'organisation limite, apparaît en situation de tests projectifs et de stimuli peu structurés. Ces processus se révèlent selon l'apparition de fantasmes primitifs qui coexistent avec la diminution des capacités d'adaptation au matériel du test. Les instruments de mesure non structurés sont qualifiés d'indispensables au diagnostic de l'organisation limite de la personnalité. Selon Ionescu, Jacquet et Lhote (2001), la liberté d'association à partir d'un matériel concret que l'individu peut organiser permet d'investiguer les mécanismes de défense.

Le TAT se définit comme un test non structuré qui renvoie aux modalités de la personnalité. La consigne de départ du TAT fait appel à la fois aux mécanismes perceptifs et projectifs : « Imaginez une histoire à partir de la planche ». Cette dichotomie renvoie à la tâche d'imaginer, ce qui appartient au sujet selon sa réalité interne, à partir du matériel du test, ce qui réfère à la réalité externe. L'individu démontre alors comment il s'organise pour traiter son monde interne en conformité avec l'environnement immédiat, ce qui représente en quelque sorte sa manière d'être habituelle (Chabert, 1998).

La méthode d'analyse du TAT sélectionnée pour cette étude est celle de Shentoub (1998). Les protocoles de TAT peuvent s'interpréter de différentes manières. L'historique de l'interprétation du TAT démontre des divergences considérables entre les écoles d'orientation psychanalytique américaine et française. L'épreuve du TAT a été conçue par l'américain Henry Murray en 1935 (Murray, 1943). L'auteur et ceux qui ont poursuivi son œuvre soit : Henry, Ombredane, Rappaport, Schafer, Holt, Bellack, Wyatt et Hartmann, interprètent cette épreuve projective selon son contenu, tel un récit imaginatif, fantaisiste. Cette analyse de contenu repose sur le postulat de l'identification du sujet au héros de l'histoire. Les besoins du héros, ses conflits, ses forces positives et les pressions de l'entourage sont interprétées. Les tenants de l'école française soit : Lagache, Anzieu, Gori, Poinso, Chabert, Brelet, Debray et Shentoub s'orientent différemment. La tradition française met en perspective une interprétation du TAT selon deux courants: celui théorique psychanalytique ou celui d'une méthodologie projective.

La tâche devient alors de délimiter l'application de la grille conceptuelle psychanalytique de celle de la situation projective. Shentoub rend possible cette distinction en adoptant un type d'analyse dite formelle et en présentant un système interprétatif propre au récit produit au TAT. L'auteur s'inspire de la mouvance de Holt, Rappaport et Schafer qui décentrent leurs intérêts du contenu de l'histoire pour s'attarder à sa forme. Shentoub met alors au point un instrument interprétatif qui sert de référence au clinicien dans son effort de rendre compte de la forme donnée au texte du récit. Shentoub et Debray perfectionnent à cet effet une fiche de dépouillement des procédés discursifs depuis une quinzaine d'années. Le contenu de cette fiche sera décrit ultérieurement. Puis dans un souci de normalisation, ils formalisent la réponse banale selon les termes de contenu latent et manifeste de chaque planche (cité dans Brelet, 1986). Dans son texte le plus récent, Morval (1982) présente une méthode d'interprétation qui paraît concilier les perspectives d'interprétation formelle et de contenu. Elle soumet une méthode d'analyse plus classique, qui sert de base à l'interprétation du TAT selon les fonctions du moi. Ceci d'après les attributs du héros, ses besoins et conduites, son entourage et le dénouement du récit. Ce qui enrichit cette grille, est l'intégration du volet de l'analyse formelle du récit selon l'attitude du sujet, son adaptation au stimulus et à la consigne, puis selon la structure du récit.

Pour les fins de cette étude, les conceptions théoriques qui sous-tendent la méthode d'analyse de Shentoub sont approfondies. L'auteur accorde une importance essentielle à la forme des récits plutôt qu'à leur contenu. Ainsi, pour Shentoub,

construire une histoire au TAT est un acte d'organisation plutôt qu'un acte d'imagination. De ce fait, les modalités de construction et d'élaboration des récits face au conflit réactivé par l'image informent le clinicien sur les mécanismes de défense caractéristiques de l'organisation psychique du sujet (Chabert, 1998). Les notions de processus primaires et secondaires servent d'assises conceptuelles à l'interprétation du récit selon la méthode élaborée par Shentoub. La qualité de l'oscillation entre ces processus permet de rendre compte du fonctionnement de l'individu et témoigne de sa capacité à tolérer l'angoisse. Cette méthode permet, selon l'appréciation des procédés du discours, d'établir une correspondance quant aux différents modes de fonctionnement : névrotique, état-limite ou psychotique (Brelet, 1986).

Le système de cotation du TAT élaboré par Shentoub permet de catégoriser les procédés discursifs à partir de l'histoire racontée. Ces procédés représentent la traduction manifeste des mécanismes de défense inconscients et peuvent être repérables au niveau syntaxique ou au niveau narratif d'après l'histoire produite. Les procédés dégagés se répartissent en quatre catégories : défenses par le recours à la réalité, défenses par recours à la fantaisie et à l'affect, défenses par l'inhibition et défenses relevant des processus primaires (Ionescu et al., 2001). Les catégories de procédés « A » et « B » renvoient à des mécanismes de défense névrotiques. On y retrouve l'intellectualisation, la formation réactionnelle, les conflits intra-personnels, la dramatisation des conflits interpersonnels, etc. Ces procédés réfèrent au refoulement et au contrôle. La série « C » (voir Appendice A) traite des mécanismes d'évitement du

conflit par l'inhibition et l'externalisation. On y distingue cinq sous séries de procédés qui sont nommés ci-dessous de part leur pertinence dans cette étude. Les procédés « C/P » révèlent les aménagements phobiques par lesquels paraissent l'évitement et la fuite. Ceux « C/N » renvoient aux modalités de fonctionnement narcissique et au surinvestissement de l'aspect narcissique du fantasme. Les procédés « C/M » répertorient les mécanismes de type maniaque qui ont pour visée la lutte contre les affects dépressifs. La série de procédés « C/C » représente l'agir pendant la passation du test, ce qui démontre le recours aux conduites agies. Les procédés « C/F » renvoient au surinvestissement de la réalité externe qui sert de substitut au monde interne, dans lequel la réactivation fantasmatique ne se vit plus. La série « E » (voir Appendice A) regroupe les procédés du discours qui désignent une pensée saturée en processus primaires. Dans cette série figure la défaillance des aptitudes perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe, des troubles associés au débordement fantasmatique, des difficultés majeures liées à la relation d'objet et à l'identité, puis une perturbation qui laisse paraître la désorganisation de la pensée et du discours (Shentoub, 1998). Chabert (1998) mentionne que les procédés « E » s'inscrivent dans un registre où le déni et le clivage prévalent, puis dans la confusion ou le débordement des limites dedans/dehors. Il faut considérer que lorsque le moi ne contrôle pas la poussée fantasmatique des pulsions, il y a une libre manifestation des fantasmes. Selon Morval (1982), ces fantasmes s'expriment de façon crue, au détriment de la situation interpersonnelle et de la consigne.

Chabert (1998) mentionne que le récit au TAT des individus d'organisation limite reflète la prédominance des procédés d'élaboration du discours appartenant à la série « C ». Ceux-ci rendent compte du surinvestissement de la réalité externe et de la représentation de dépendance à l'objet (C/F, C/N, C/M). Ces récits se caractérisent aussi par la présence des procédés « E » affichant des émergences pulsionnelles massives (E-8 et E-9) où surgissent les éléments persécuteurs (E-14). C'est ainsi que se perçoit la précarité de la contenance des émergences pulsionnelles et la notion d'impulsivité. De plus, le mode relationnel de ces individus est perturbé par le mécanisme de clivage (E-15) qui empêche d'associer l'amour et la haine. Les caractéristiques des relations d'objet rendent l'évidence de la difficulté d'accès à l'ambivalence. Il y a aussi alternance de récits où l'on retrouve une idéalisation ou une désidéalisation majeure. Brelet (1986) ajoute que l'item « Télescopage des rôles » (E-11), qui décrit la notion de perte de distance, se retrouve de manière ponctuelle dans le récit TAT des individus limites. Cet item démontre la difficulté de différencier le moi du non-moi et l'échec du contrôle défensif. Dans le récit, les personnages illustrés sur la planche peuvent être indifférenciables ou encore, il y a confusion entre le participant et les personnages de la planche. La perte de distance indique que l'espace qui devait être occupé par le mouvement projectif est réduit.

Cramer, Ford, & Blatt (1988) et Cramer (1999) comparent diverses organisations de la personnalité et les mécanismes de défense repérés au TAT. Ces chercheurs décrivent un système de cotation des défenses, le « Defense Méchanisms Manual »,

adapté aux récits narratifs du TAT. Il se base sur le continuum de développement des défenses. Les défenses primitives sont regroupées sous trois volets. Il y a le volet déni soit : faux percepts, scotome de l'objet, idéalisation, dévalorisation, etc., celui de la projection : pensée magique, thème morbide, de poursuite, ou inhabituel et celui des défenses plus matures, soit l'identification : moralisme, intellectualisation, etc.. Bien que ce système de cotation diffère de celui de Shentoub, il permet de démontrer des différences significatives quant aux mécanismes de défense entre différents types d'organisation de la personnalité. Cramer et al. (1988) indiquent que les individus souffrant du trouble de la personnalité limite présentent plus de défenses immatures que les individus névrotiques selon les récits au TAT. Les résultats démontrent une corrélation positive pour le déni et une corrélation négative pour l'identification avec le diagnostic du trouble de la personnalité limite. Selon une seconde étude de Cramer (1999) concernant l'analyse narrative au TAT, les individus psychotiques adoptent plus de défenses immatures que les individus ayant le trouble de la personnalité limite. Ces études tendent à confirmer que les patients avec différents diagnostics, donc différents types d'organisations, adoptent des configurations défensives particulières. Le niveau de pathologie correspond au niveau de maturité des défenses.

Hypothèses de recherche

Ce relevé de la littérature rend compte de la cohérence théorique qui définit le trouble limite quant à la symptomatologie, la faiblesse du moi et ses frontières, les

mécanismes de défense et la défaillance de la mentalisation qui engendre le passage à l'acte. Il aborde aussi la notion de sous-groupes à l'intérieur de la problématique limite. Selon Kernberg, les individus limites agissant de façon autodestructrice se situent à l'échelon inférieur comparativement à ceux sans agir qui se situent à l'échelon moyen. Les théoriciens partagent leur conception de l'organisation limite quant à la précarité du fonctionnement défensif infiltré par les processus primaires et s'écroulant pour laisser place au passage à l'acte. Les méthodes projectives sont de bons outils pour favoriser l'émergence des processus primaires et secondaires de la pensée. Shentoub présente une méthode d'analyse du TAT qui décèle les mécanismes de défense de l'organisation limite. Ceux-ci se situent au niveau des procédés « C » et « E ». Plus l'individu est agissant, plus son niveau de dysfonctionnement est élevé. De ce fait, cette étude compare deux groupes d'individus souffrant du trouble de la personnalité limite avec ou sans agir quant à leurs mécanismes de défense. En conséquences des éléments mentionnés dans ce contexte théorique et des résultats des études antérieures, les hypothèses suivantes sont formulées :

Hypothèse 1 : Les mécanismes de défense immatures (procédés C et E) se retrouveront en plus grand nombre chez les individus limites commettant des agirs autodestructeurs comparativement à ceux qui n'en commettent pas.

Hypothèse 1.1 : Les mécanismes d'évitement du conflit (procédés C) seront plus nombreux chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs que chez ceux qui n'en effectuent pas.

Hypothèse 1.2 : Les mécanismes saturés en processus primaires (procédés E) seront plus nombreux chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs que chez ceux qui n'en effectuent pas.

Hypothèse 1.3 : Le mécanisme du clivage (E-15) se retrouvera en plus grand nombre chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs comparativement aux individus sans agir.

Hypothèse 1.4 : Le procédé attestant de la perte de distance (item E-11), se retrouvera en plus grand nombre chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs comparativement aux individus sans agir.

Question de recherche

À titre de questionnement, est-il possible de retrouver une ou des catégories de procédés d'évitement du conflit soit : mécanismes phobiques (C/P), mécanismes narcissiques (C/N), mécanismes maniaques (C/M), conduites agies (C/C) ou surinvestissement de la réalité externe (C/F), qui distingue les deux groupes?

Méthode

Cette deuxième partie est consacrée à la méthodologie. De ce fait, la description des participants, le matériel, les différents instruments de mesure utilisés, ainsi que le déroulement de l'étude sont présentés.

Description des participants

Les 24 participants de cette étude sont âgés entre 20 et 50 ans. La moyenne d'âge est de 37.6 ans avec un écart-type de 9.5. Chacun d'entre eux correspond, d'après les instruments de mesure, au diagnostic du trouble de la personnalité limite en fonction de l'axe II du DSM-IV. Il n'y a aucun participant qui présente un trouble psychotique (critère d'exclusion) selon l'axe I du DSM-IV. Ils participent tous sur une base volontaire et sans bénéfice monétaire à cette étude. Pour les fins de l'expérimentation, le regroupement des participants s'effectue selon la présence ou l'absence de passages à l'acte autodestructeurs. Cet agir se caractérise par une tentative de suicide sérieuse ayant causé des séquelles physiques ou une hospitalisation. Le Centre de Prévention du Suicide de la Mauricie (2001) définit une tentative de suicide comme suit: « Une situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort ».

Le groupe d'individus limites (13 femmes et 2 hommes) ayant commis un ou plusieurs agirs autodestructeurs (voir tableau 1) a été recruté au Centre Hospitalier Régional de Shawinigan. La plupart du temps, le diagnostic des individus de ce groupe est préétabli par le service de psychiatrie en plus de répondre aux critères diagnostiques des instruments de recherche. Les individus limites n'ayant pas commis de tentative de suicide (8 femmes et 1 homme) ont été recruté aux Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) de Nicolet et du Cap-de-la-Madeleine, au Centre Universitaire de Services Psychologique (CUSP) et au Centre Hospitalier Régional de Shawinigan. Les tableaux 2 et 3 présentent successivement les caractéristiques sociodémographiques et les diagnostics de comorbidité des participants.

Tableau 1

Nombre de tentatives de suicide des participants agissants

Nombre de tentatives	Participants Agissants (n=15)
1	5
2	1
3-5	4
6-9	1
10 et plus	4

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des individus limites, ayant commis et n'ayant pas commis d'agir autodestructeur

Variables	Individus limites avec agirs (n=15) autodestructeurs	Individus limites sans agir (n=9) autodestructeur
Âge moyen	40.9	32.1
Sexe		
Hommes	13.3% (n=2)	11.1% (n=1)
Femmes	86.7% (n=13)	88.9% (n=8)
Statut civil		
Célibataire	46.7% (n=7)	66.7% (n=6)
Marié(e)/conjoint(e) de fait	6.6% (n=1)	0% (n=0)
Divorcé(e)/Séparé(e)	46.7% (n=7)	33.3% (n=3)
Scolarité		
Secondaire ou Diplôme professionnel	66.7% (n=10)	55.6% (n=5)
Collégial	26.7% (n=4)	11.1% (n=1)
Universitaire	6.6% (n=1)	33.3% (n=3)
Emploi		
Travailleur	6.6% (n=1)	44.4% (n=4)
Sans emploi	6.6% (n=1)	0% (n=0)
Aide sociale	86.7% (n=13)	55.6% (n=5)

Tableau 3

Autres diagnostics présents chez les individus limites ayant commis des agirs autodestructeurs et chez ceux n'en ayant pas commis.

Diagnostics présents	Individus limites avec agirs (n=15) autodestructeurs	Individus limites sans agir (n=9) autodestructeur
Axe I		
Troubles de l'humeur	93.3% (n=14)	66.6% (n=6)
Troubles psychotiques	0% (n=0)	0% (n=0)
Troubles alimentaires	33.3% (n=5)	0% (n=0)
Axe II		
Troubles de la personnalité:		
Dépendante	40% (n=6)	11.1% (n=1)
Obsessive-compulsive	6.6% (n=1)	33.3% (n=3)
Paranoïde	53.3% (n=8)	33.3% (n=3)
Schizoïde	0% (n=0)	0% (n=0)
Schizotypique	26.6% (n=4)	0% (n= 0)
Histrionique	13.3% (n=2)	0% (n=0)
Narcissique	0% (n=0)	0% (n=0)
Antisocial	0% (n=0)	11.1% (n=1)

Matériel

Les entrevues se sont déroulées dans des locaux fermés, attribués par chaque milieu de recrutement et favorisant la confidentialité du participant. Le matériel utilisé consiste en une table, deux chaises, un crayon, des formulaires de consentement à la recherche et des instruments de mesure soit : 15 planches du TAT, SCID-I-P, SCID-II et le questionnaire portant sur l'histoire des passages à l'acte. L'emploi d'un

magnétophone ou d'une caméra vidéo, ainsi que des cassettes appropriées, servent à réaliser les accords interjuges.

Instruments de mesure

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I-P & SCID-II)

Ces instruments permettent d'établir un diagnostic différentiel sur les axes I et II. Ils se basent sur la symptomatologie des participants révélée au cours d'un entretien semi-structuré. L'utilisation de la nouvelle version du SCID-I-P en vertu du DSM-IV est privilégiée (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). Bordeleau et Bardin, de l'unité de recherche en neurosciences du Centre Hospitalier Universitaire de Québec, ont effectué la traduction française. Le SCID-I permet de déceler les troubles de l'humeur actuels et antérieurs, les troubles psychotiques ainsi que d'autres troubles de l'axe I. L'étude de Williams et al. (1992) démontre un coefficient interjuge (kappa=k) variant entre .69 et .84 pour les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques chez les participants hospitalisés.

Le SCID-II permet d'identifier les différents troubles de la personnalité sur l'axe II, dont le trouble de la personnalité limite qui fait l'objet de cette recherche (Spitzer, Williams & Gibbon, 1995). L'utilisation de la traduction française de Bordeleau est aussi privilégiée. First et al. (1995) obtiennent un kappa de .62 pour les troubles de personnalité histrionique, limite, antisociale et narcissique dans une étude portant sur la

fidélité du SCID-II. Jacobsberg, Perry et Frances (1995) démontrent un kappa semblable en plus d'un faible taux de faux positifs pour ces mêmes troubles de la personnalité. Dreessen et Arntz (1998) supportent l'utilisation de cet instrument diagnostique pour la clinique et la recherche en calculant des coefficients de fidélité satisfaisants. Crosby et Klein (1995) rapportent que les échelles de personnalité du SCID-II sont assez stables avec le temps. Celles-ci sont peu influencées par l'humeur dépressive et concordent avec les informations que donne le participant. Enfin, la fidélité et la consistance interne du SCID-II sont décrites comme adéquates et comparables à d'autres instruments de mesures sur l'axe II (Maffei et al., 1997; First et al., 1995).

Questionnaire portant sur l'histoire des passages à l'acte

Ce questionnaire met en évidence l'histoire des passages à l'acte des participants (voir Appendice B). Il se base sur Gunderson (1990) qui a conduit des études portant sur les passages à l'acte. De ce fait, la nature, la fréquence, les conséquences (hospitalisation et séquelles physiques) des passages à l'acte autodestructeurs ou hétérodestructeurs sont répertoriés. Les agirs autodestructeurs se subdivisent selon : les tentatives de suicide, les idéations suicidaires et l'automutilation (questions 1 à 3). Ce questionnaire approfondit en plus les abus physiques, verbaux et sexuels qu'aurait pu subir le participant (questions 4 à 7). Il en va de même pour les séparations, décès et placements que le participant aurait pu vivre en deçà de 18 ans (question 8). Les agirs hétérodestructeurs se départagent selon les agressions contre un objet ou contre autrui (question 9 à 10). Un

critère d'exclusion pour les participants de cette recherche consiste en un agir hétérodestructeur majeur, tel l'homicide, le viol, les voies de fait graves, etc..

Le TAT

Le TAT est un test projectif qui permet l'interprétation de la forme d'un récit produit par un individu. On retrouve dans ce récit les motivations et la condition émotionnelle du répondant. Cet instrument non structuré est moins propice au phénomène de désirabilité sociale, à la résistance et aux fausses informations que l'on peut retrouver dans d'autres types de tests. Quinze planches du TAT sont présentées soit : 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM/7BM, 6GF/7GF, 8BM, 10, 11, 12BG, 12B, 13MF, 19, 16. La fiche de dépouillement de Shentoub permet de relever les modalités de construction des récits. Les procédés du discours repérés dans le protocole sont cochés sur la fiche de dépouillement en tenant compte de leur fréquence d'apparition.

La fidélité de l'épreuve TAT peut se définir par l'accord entre des juges qui dépouillent et interprètent les mêmes protocoles tout en travaillant séparément (Anzieu et Chabert, 1987). À ce propos, certaines études effectuées avec le TAT démontrent un bon indice de fidélité en atteignant un coefficient d'accords interjuges équivalent ou supérieur à .85 (Cramer, 1997; Cramer, 1996; Cramer, 1987; Cramer, Blatt, & Ford, 1988; Hibbard et al., 1994).

Déroulement de l'expérience

Tout d'abord, le thérapeute des différents milieux informe le participant de la recherche et l'invite à signer la formule de consentement au contact téléphonique. C'est alors qu'un membre du groupe de recherche contacte le participant afin d'expliquer la recherche et de fixer le premier rendez-vous. Lors de la première rencontre d'une durée approximative de 2h, les participants acceptent de signer trois formules de consentement. Il y a l'acceptation de participer à la recherche, l'autorisation pour l'évaluateur de consulter le dossier médical ou psychologique et la permission d'enregistrer (audio ou vidéo) une partie de l'entretien. L'entretien se termine par l'administration de l'épreuve projective TAT et du questionnaire portant sur les passages à l'acte. Avant que le participant ne quitte, un questionnaire portant sur le SCID-II lui est remis. Il doit le compléter et le remettre à la seconde rencontre. Celui-ci permet au préalable d'éliminer l'investigation de certains troubles de la personnalité auxquels le participant ne correspond pas. Afin d'enquêter un trouble quelconque, il est nécessaire que le participant ait répondu positivement à trois critères de ce même trouble. C'est ainsi que le SCID-II s'administre en deux temps. En premier lieu, le participant complète un questionnaire auto-administré. En second lieu une entrevue structurée permet de valider les réponses fournies au questionnaire. La poursuite de l'expérimentation consiste en une seconde entrevue d'une durée moyenne de 2h30. C'est lors de cette rencontre que s'effectue l'administration des questionnaires SCID-I-P et SCID-II.

Lorsque la passation est terminée, les protocoles de TAT sont cotés selon la méthode de Shentoub. Pour le deux tiers d'entre eux, deux juges, dont un juge expert, ont effectué la cotation. Pour le tiers d'entre eux, des accords interjuges ont été réalisés par trois juges, dont un juge expert, qui ont coté séparément les protocoles. Pour des fins de fidélité, tous les protocoles ont été vérifiés à deux reprises pour s'assurer d'une cotation constante pour tous les participants. Boivin et Bégin (1982) indiquent qu'une proportion de .75 d'accord est acceptable pour l'interjuge au TAT. Le taux d'accord interjuges pour cette étude est de .80.



Résultats

Cette troisième partie se divise en deux sections. La première explique la méthode d'analyse des données et la seconde présente les résultats. En ce qui concerne la présentation des résultats, chaque hypothèse de travail ainsi que la question de recherche seront renommées.

Analyse des données

En premier lieu, les protocoles de TAT sont dépouillés selon la méthode de cotation de Shentoub. C'est ainsi que la quantité de chaque procédé discursif de catégorie C ou E est répertoriée. Ensuite, les données sont introduites dans le logiciel informatique « Statistical package for the social sciences » (SPSS) afin de pouvoir effectuer les comparaisons entre les groupes. Les hypothèses de recherche et la question de recherche de cette étude proposent des différences de moyennes quant à différentes variables. De ce fait, l'analyse statistique employée est le Test-t.

Présentation des résultats

Hypothèse 1

Les mécanismes de défense immatures (procédés C et E) se retrouveront en plus grand nombre chez les individus limites commettant des agirs autodestructeurs comparativement à ceux qui n'en commettent pas. Cette hypothèse principale porte sur la totalité des procédés discursifs immatures présents dans les protocoles. Un Test-t est effectué afin de vérifier s'il y a une différence de moyenne significative entre les deux groupes. Le Tableau 4 illustre les résultats.

Tableau 4

Comparaison entre les individus présentant le trouble de la personnalité limite avec ou sans agir suicidaire quant au nombre de défenses immatures (C et E) au TAT.

Item au TAT	Individus limites Avec Agir (n=15)		Individus limites Sans Agir (n=9)		*t*	*p*
	M	ÉT	M	ÉT		
C + E	48.13	13.13	34.56	6.62	2.87	0.009**

Note. M=Moyenne, *ÉT*=écart-type, *p***.01

L'examen de ce tableau démontre qu'il existe une différence significative entre les deux groupes d'individus limites quant au nombre de défenses immatures (C et E) ($t(22) = 2.87$, $p < .01$) retrouvées dans les protocoles TAT. En conséquence, il est juste de soutenir que les individus limites effectuant des tentatives de suicide présentent un

nombre moyen (M=48.1) plus élevé de mécanismes de défense immatures au TAT comparativement aux individus limites (M=34.5) qui n'effectuent pas de passage à l'acte suicidaire. Ces données confirment l'hypothèse 1.

Hypothèse 1.1

Les mécanismes d'évitement du conflit (procédés C) seront plus nombreux chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs que chez ceux qui n'en effectuent pas. Cette sous hypothèse porte sur la totalité des procédés discursifs d'évitement du conflit présents dans les protocoles. Les résultats du Test-t inscrits au tableau 5 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes quant au nombre de procédés C ($t(22) = 1.73$, n.s.). Malgré le fait que les procédés C soient en moyenne plus présents chez le groupe d'individus limites agissants, le groupe d'individus agissants (M=34.5) ne se distingue pas de manière significative du groupe d'individus non agissants (M=26.3). La sous hypothèse 1.1 est infirmée.

Hypothèse 1.2

Les mécanismes saturés en processus primaires (E) seront plus nombreux chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs que chez ceux qui n'en effectuent pas. Un Test-t est effectué afin de vérifier s'il y a une différence de moyenne significative entre les deux groupes. L'examen du tableau 5 ci-dessous révèle qu'il n'y a

aucune différence significative entre les deux groupes quant au nombre de procédés E (t(22) = .67, n.s.). Les groupes présentent un score semblable pour cette variable. De ce fait, la sous hypothèse 1.2 est infirmée.

Tableau 5

Comparaison entre les individus présentant le trouble de la personnalité limite avec ou sans agir suicidaire quant au nombre de procédés discursifs C, E, E-15 et E-11 au TAT.

Items au TAT	Individus limites Avec Agir (n=15)		Individus limites Sans Agir (n=9)		*t*	*p*
	M	ÉT	M	ÉT		
C	34.53	12.88	26.33	7.63	1.73	.10
E	9.47	4.98	8.11	4.50	.67	.51
E-15	.47	.52	.78	1.3	-.69	.51
E-11	2.47	4.01	.78	.83	1.56	.14

Note. M=Moyenne, *ÉT*=écart-type, *p**.05

Hypothèse 1.3

Le mécanisme du clivage se retrouvera en plus grand nombre chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs comparativement aux individus sans agir. Cette sous hypothèse porte sur le nombre total de processus du clivage présents dans les protocoles. Le Tableau 5 présente les résultats du Test-t. Les résultats font part de l'absence de différence significative entre les deux groupes quant au nombre de

procédés E-15 ($t(9.5) = -.69$, n.s.). Comme il a été établi aux sous hypothèses précédentes, les deux groupes de cette étude présentent un score semblable pour cette variable. Ainsi, il est impossible d'affirmer que le groupe de participants avec agirs suicidaires démontrent significativement plus de clivage que le groupe de participants sans agir suicidaire. Cette troisième sous hypothèse est infirmée.

Hypothèse 1.4

Le procédé attestant de la perte de distance (item E-11) se retrouvera en plus grand nombre chez les individus limites effectuant des agirs autodestructeurs comparativement aux individus sans agir autodestructeur. Une analyse portant sur la différence de moyenne entre les deux groupes (Test-t) a été effectuée. Les résultats illustrés au tableau 5 démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes d'individus limites de cette étude quant à la perte de distance au TAT ($t(15.91) = 1.56$, n.s.). Les résultats infirment l'hypothèse que la notion de perte de distance puisse discriminer les deux groupes.

Question de recherche

La question de recherche porte sur la possibilité de distinguer les deux groupes en retrouvant une catégorie de procédés d'inhibition du conflit (C) plus présente chez un groupe que chez l'autre. Les résultats du Test-t (tableau 6) indiquent que l'unique

catégorie de procédés C qui démontre une différence entre les deux groupes est la catégorie C/N ($t(17.8) = 3.85$, $p < .01$). Les autres catégories soit C/P ($t(22) = 1.39$, n.s.), C/M ($t(22) = 1.20$, n.s.), C/C ($t(22) = 1.33$, n.s.) et C/F ($t(22) = 1.05$, n.s.) sont semblables pour les deux groupes.

Tableau 6

Comparaison entre les individus présentant le trouble de la personnalité limite avec ou sans agir suicidaire quant aux catégories de procédés C soit : C/P, C/N, C/M, C/C, C/F

Catégories C	Individus limites Avec Agir (n=15)		Individus limites Sans Agir (n=9)		*t*	*p*
	M	ÉT	M	ÉT		
C/P	15.33	8.92	10.44	7.28	1.39	.18
C/N	10.73	7.47	2.78	2.22	3.85	.001**
C/M	3.53	2.64	2.33	1.80	1.20	.24
C/C	6.20	4.93	3.78	2.45	1.33	.197
C/F	6.67	15.99	1.00	1.12	1.05	.30

Note. *M*=Moyenne, *ÉT*=écart-type, *p**.01

En résumé, l'hypothèse principale (nombre de défenses immatures C et E) est confirmée. Les quatre sous hypothèses (mécanismes d'évitement du conflit; mécanismes saturés en processus primaires; clivage; perte de distance) sont infirmées. La question de recherche permet de répondre par l'affirmative quant à la catégorie C/N et par la négative au sujet des catégories C/P, C/M, C/C, et C/F.

Discussion

La dernière partie de ce travail présente la discussion. Celle-ci débute par la révision des résultats obtenus en fonction des hypothèses de recherche et de la question de recherche. Ensuite, les difficultés rencontrées avec le système de cotation de Shentoub sont exposées. Puis finalement, les forces et faiblesses de cette étude sont mentionnées.

Comparaison des individus limites avec ou sans agir suicidaire

Chacune des hypothèses émises précédemment est examinée à la lumière des résultats obtenus. L'hypothèse principale suggère que les mécanismes de défense immatures (procédés C et E) soient plus nombreux chez les individus limite commettant des agirs autodestructeurs comparativement à ceux qui n'en commettent pas. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. On retrouve chez les personnalités limites agissantes une quantité de défenses immatures significativement plus élevée que chez les personnalités non agissantes. Cette norme semble convenir à la majorité des participants agissants. Par contre, deux participants ayant effectués 14 et 15 tentatives de suicide détiennent un nombre de défenses immatures qui correspond à la moyenne du groupe de personnalités non agissantes. De plus, nous rencontrons un participant qui a commis une tentative de suicide et qui obtient un nombre de défenses immatures supérieur à un écart type au-dessus de la moyenne. Ces trois participants démontrent que d'autres variables

que le nombre de tentatives de suicide semblent être en lien avec la quantité de mécanismes de défense immatures retrouvée dans les protocoles.

Par la suite, les résultats infirment les quatre sous hypothèses de cette recherche. Ainsi il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de personnalités limites quant au nombre moyen de mécanismes d'évitement du conflit (C), de mécanismes saturés en processus primaires (E), de clivage (E-15) et de perte de distance (E-11) rencontrés dans les protocoles. Mentionnons néanmoins une différence importante, mais non significative, quant au nombre moyen de procédés C qui est supérieur pour le groupe d'individus agissants. L'absence de différence significative semble liée aux difficultés rencontrées lors de la composition de l'échantillon et au nombre restreint de participants par groupe. C'est faiblesses peuvent aussi expliquer que les résultats soient significatifs lorsqu'on considère l'ensemble des variables (C+E) et qu'ils ne soient pas significatifs lorsqu'on isole chaque variable (C, E, e-15, E-11). La constitution de l'échantillon du groupe de personnalités non agissantes peut expliquer en partie les résultats non significatifs des quatre sous hypothèses. Premièrement, un participant qui a été hospitalisé 3 fois et qui a des symptômes dissociatifs obtient un nombre de procédés C équivalent à la moyenne du groupe de personnalités agissantes. Deuxièmement, le tiers des participants (l'un effectuant des automutilations, un autre étant hospitalisé avec des symptômes dissociatifs et un dernier hospitalisé et projetant une tentative de suicide) se distinguent clairement des deux autres tiers des participants quant au nombre moyen de procédés E (13 versus 5). Ces participants se trouvent plus

près du pôle agissant que les autres et ceci engendre un écart intragroupe important. Leurs protocoles sont aussi riche en procédés E-15 (clivage) et leur jeune âge n'exclut pas la possibilité de passages à l'acte dans le futur. Malgré le fait que ces hypothèses soient infirmées, nous présumons qu'un échantillon d'individus limites sans agir plus uniforme pourrait être plus représentatif. En tenant compte de cela, il serait envisageable d'être en mesure de confirmer les hypothèses portant sur les mécanismes d'évitement du conflit et sur les mécanismes saturés en processus primaires.

Il est néanmoins surprenant pour la variable du clivage (E-15) de constater une faible moyenne chez le groupe de personnalités agissantes. De plus, les personnalités non agissantes obtiennent un nombre moyen plus élevé pour cette variable que le groupe agissant. Ceci peut s'expliquer en partie par le biais d'échantillonnage du groupe d'individus non agissant mentionné précédemment. Cependant, nous pouvons questionner l'apparition et le repérage du mécanisme du clivage dans les protocoles TAT. L'étude de Paquet (2002) comporte le même groupe de participants agissants que celle-ci. Cependant, cette étude démontre une différence significative quant au mécanisme du clivage au Rorschach. Quelques explications peuvent éclairer ce phénomène. Premièrement, le fait que le Rorschach et le TAT soient deux tests complémentaires et qu'ils ne sollicitent pas nécessairement les mêmes éléments. Deuxièmement, la méthode pour mesurer le clivage est différente pour les épreuves projectives du TAT (Shentoub, 1998) et du Rorschach (Lerner, 1991). Troisièmement, les fantasmes primitifs peuvent apparaître plus directement au Rorschach car les stimuli

des planches sont moins définis. En ce sens, Brelet (1989) mentionne que l'élaboration secondaire que requiert le récit au TAT en lien avec la situation de réalité de la consigne engendre moins facilement l'émergence des fantasmes primitifs. Finalement, il est possible que pour cette étude les juges aient sous coté le mécanisme du clivage comparativement à la cotation de l'école française.

Les résultats concernant la quatrième sous hypothèse démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes d'individus limites quant à la perte de distance. La porosité des frontières internes/externes n'est pas plus marquée chez les individus effectuant des tentatives de suicide que chez ceux n'en effectuant pas. Ces résultats corroborent l'étude de Paquet (2002). Il est possible que la perte de distance soit présente de manière ponctuelle chez tous les individus ayant le trouble de la personnalité limite sans toutefois distinguer ceux qui effectuent des passages à l'acte suicidaire de ceux qui n'en effectuent pas.

La question de recherche à savoir s'il y a une catégorie de procédés d'évitement du conflit plus caractéristique d'un groupe de personnalités limites, se conclut par l'affirmative. La catégorie représentant les défenses narcissiques (C/N) se retrouve en plus grand nombre chez les personnalités agissantes. Bergeret (1992) mentionne l'incomplétude narcissique primaire de l'individu limite qui laisse un vide, que le moi cherche à combler, sans jamais y parvenir. La défense narcissique contre la dépression est plus présente chez les individus agissants. De plus, l'affect dépressif peu mentalisé

correspond au groupe qui a une plus grande propension au passage à l'acte comme le démontre l'étude de Champagne (2000).

En somme, l'échantillon se compose de deux petits groupes et tous les participants souffrent du trouble de la personnalité limite. De ce fait, certaines variables ne semblent pas différencier les groupes quant à l'agir. Le clivage et la perte de distance ne présentent pas de différence significative au TAT. Par contre, en considérant les biais méthodologiques, il est possible de croire qu'il y aurait une différence significative entre les deux groupes quant aux nombre de mécanismes d'évitement du conflit et de mécanismes saturés en processus primaires. Cette étude démontre que le nombre de défenses immatures (C et E) est plus élevé chez les individus limites agissants. Cependant, par souci clinique mentionnons que la quantité de mécanismes de défense immatures (C et E) rencontrée dans les protocoles TAT des individus limites agissants n'est pas nécessairement en lien avec le nombre de tentatives de suicide. À cet effet l'exemple de trois participants, soit deux très agissants qui obtiennent un petit nombre de procédés et un très peu agissant qui obtient un grand nombre de procédés, a été présenté. C'est donc dire que ces résultats ne reflètent pas toujours la réalité clinique. De ce fait, il ne faut pas perdre de vue l'aspect particulier de chaque client, le cas par cas.

Difficultés rencontrées avec la méthode de cotation de Shentoub

La méthode d'analyse et d'interprétation du TAT élaborée par Shentoub est exposée dans le *Manuel d'utilisation du TAT* (Shentoub, 1998). Dans cet ouvrage, une fiche de dépouillement présente et décrit les différents procédés d'élaboration du discours sous forme d'items. Cette grille permet au clinicien de repérer dans les protocoles TAT les mécanismes de défense et leur articulation. Chaque item est présenté selon une brève définition et est illustré selon un ou deux exemples de récit y correspondant. La fiche de dépouillement ne prétend pas être un relevé exhaustif des modalités de fonctionnement présentes dans toutes les organisations psychiques. C'est un instrument de travail pour lequel il y a place à modification. La fiche de dépouillement est d'ailleurs sujette à l'amélioration depuis 1958.

La première difficulté rencontrée avec le système de cotation en est une de compréhension de l'explication des procédés discursifs selon le manuel de Shentoub. Le *Manuel d'utilisation du TAT* (Shentoub, 1998) permet que la majorité des items soit accessible à la compréhension des correcteurs. Par contre, l'interprétation de certains items demeure difficile car leur définition est peu détaillée et peu d'exemples sont donnés. Par conséquent, certains items furent moins cotés. D'autres items ont requis un approfondissement des connaissances à leur sujet. Or pour les fins de cette étude, les juges se sont entendus sur une compréhension commune de la méthodologie de Shentoub. Ils ont de même fourni l'effort d'opérationnaliser certains items. Par exemple,

« Tendance à la restriction » (CP-2) doit être de plus de 10 secondes et de moins de 30 mots, « Agitations motrices, mimiques ou expressions corporelles » (CC-1) comprennent tout ce que l'examinateur a observé soit : soupirs, pleurs, etc. Il y aurait donc certainement des différences observables lorsqu'on compare la cotation de cette étude avec celle de l'école française. Les auteurs français ont développé une expertise spécifique quant à la cotation au TAT (Shentoub, 1998; Brelet, 1989). Pour le processus du clivage comme pour les autres items, le peu d'exemples et le peu de recherches effectuées avec la méthode de Shentoub ont fait en sorte que les juges ont adopté la tendance à sous coter certaines défenses. Ceci pourrait éventuellement occasionner un biais au niveau de la cotation.

Shentoub (1998) mentionne que ce système de cotation comporte des imperfections et une incomplétude qui va de pair avec l'évolution de la clinique et de ses questionnements. Parmi nos questionnements, demeure la notion de troubles de la pensée. Nous constatons à travers les récits TAT la présence de certains indices de troubles de la pensée que les juges ont préféré ne pas coter. Ceci représente une seconde difficulté engendrée par le manque d'exemples, de précision et de recherches sur les troubles de la pensée au TAT. Prenons les exemples suivants : « Des clés, on dirait une porte psychologique qu'elle n'est pas capable d'ouvrir; Un vieux couple, on voit pas leurs bouches; Lui, je vois un homme et une femme dans ce personnage là ». Selon le système intégré d'Exner (1998), ces indices correspondent clairement à des cotes spéciales au Rorschach qui attestent de la présence de troubles de la pensée.

Forces et limites de l'étude

Certaines forces et limites de cette étude peuvent être ciblées. Quelques faiblesses méthodologiques restreignent la généralisation des résultats de cette recherche. Une première limite réside dans la constitution des échantillons. Parmi le groupe de personnalités agissantes, les variables suivantes n'ont pas été contrôlées lors de la sélection des individus: le nombre de tentatives de suicide, le degré de sévérité des tentatives, la quantité et la durée des hospitalisations en psychiatrie, le temps écoulé depuis les passages à l'acte, la restructuration psychologique suite à un cheminement thérapeutique et les conduites autodestructrices alternatives (alcoolisme, troubles alimentaires, etc.). Il en résulte une différence intragroupe importante quant aux caractéristiques des passages à l'acte et de la gravité des symptômes. Afin d'obtenir des résultats plus représentatifs, lors d'une recherche de plus grande envergure, les variables mentionnées devraient faire partie de la sélection des individus. Ceci permettrait un échantillon plus uniforme et éliminerait les écarts importants quant à l'agir.

C'est parmi le groupe de personnalités non agissantes que nous constatons une plus grande hétérogénéité intragroupe. Il est difficile de cibler une clientèle limite purement sans agir. Le tiers des participants du groupe sans agir sont plus près du pôle agissant que les autres participants de ce groupe. Il paraît donc important pour les recherches à venir de considérer l'automutilation, l'hospitalisation, les symptômes dissociatifs et la restructuration psychologique. Ensuite nous constatons que la moyenne d'âge du groupe d'individus sans agir est plus jeune que celle du groupe sans agir. Il est

possible que les jeunes adultes dans la vingtaine puissent en venir au passage à l'acte dans le futur.

Une seconde limite méthodologique est le petit nombre d'individus de l'échantillon (n=24). Cette étude présente un petit échantillon, ce qui rend les résultats moins représentatifs de la majeure partie des individus souffrant du trouble de la personnalité limite. De plus, les deux groupes demeurent inégaux en nombre, soit 15 et 9 participants. Un écart important entre de petits groupes rendent les résultats moins valides. Cette faille est attribuable au temps limité dont l'auteur dispose afin d'effectuer cette étude et à la difficulté de recruter des personnalités limites non agissantes. Il serait préférable d'obtenir un plus grand échantillon pour les recherches ultérieures.

Une troisième limite consiste dans le fait que les mécanismes de défense plus matures (procédés A et B) n'aient pas été pris en compte. L'étude de Paquet (2002) démontre que le mécanisme de l'intellectualisation est plus présent chez les individus sans agir suicidaire. En guise d'amélioration, il serait important de considérer la présence de mécanismes plus matures chez les individus limites puisque ceux-ci paraissent jouer un rôle important quant à la variable de l'agir autodestructueur. Brelet (1986) mentionne que l'oscillation entre les mécanismes primaires et secondaires rend compte de la capacité de l'individu à tolérer l'angoisse. De ce fait, le clinicien pourrait avoir un meilleur aperçu des ressources de son client, de sa capacité à décharger l'angoisse de manière adéquate.

Quelques forces peuvent être dégagées de cette recherche. Une qualité méthodologique réside dans le choix des les instruments de recherche employés. D'abord, les questionnaires SCID-I-P et II sont des instruments de mesure fiables qui reprennent les critères diagnostiques du DSM-IV élaboré par l'APA. Ils permettent de relever exhaustivement la comorbidité associée au trouble limite et d'exclure de l'échantillon les individus souffrant de troubles psychotiques. Le trouble limite tel que décrit par l'APA s'inscrit au niveau structural dans l'organisation limite de la personnalité telle que définie par Kernberg (1997). Les questionnaires SCID-I-P et II sont donc des instruments pertinents pour les fins de cette recherche. Ensuite, le questionnaire sociodémographique est construit de manière systématique d'après des recherches antérieures (Gunderson, 1990) et permet d'approfondir exhaustivement les caractéristiques des passages à l'acte. Enfin, les accords interjuges réalisés sur le tiers des protocoles et la vérification de tous les protocoles par deux juges rendent compte d'une fidélité adéquate lors de la cotation.

Une seconde force consiste en la qualité innovatrice de cette recherche. Premièrement, cette étude tente de distinguer les particularités entre les différents groupes d'individus souffrant du trouble de la personnalité limite. Plusieurs auteurs tentent de décrire un type de psychothérapie considérée plus adaptée pour les individus d'organisation limite. Kernberg (1989) mentionne que la catégorie « personnalité limite » du DSM-III-R recouvre une gamme de pathologies du caractère telles que les personnalités infantiles, narcissiques, antisociales, etc.. Afin de permettre une

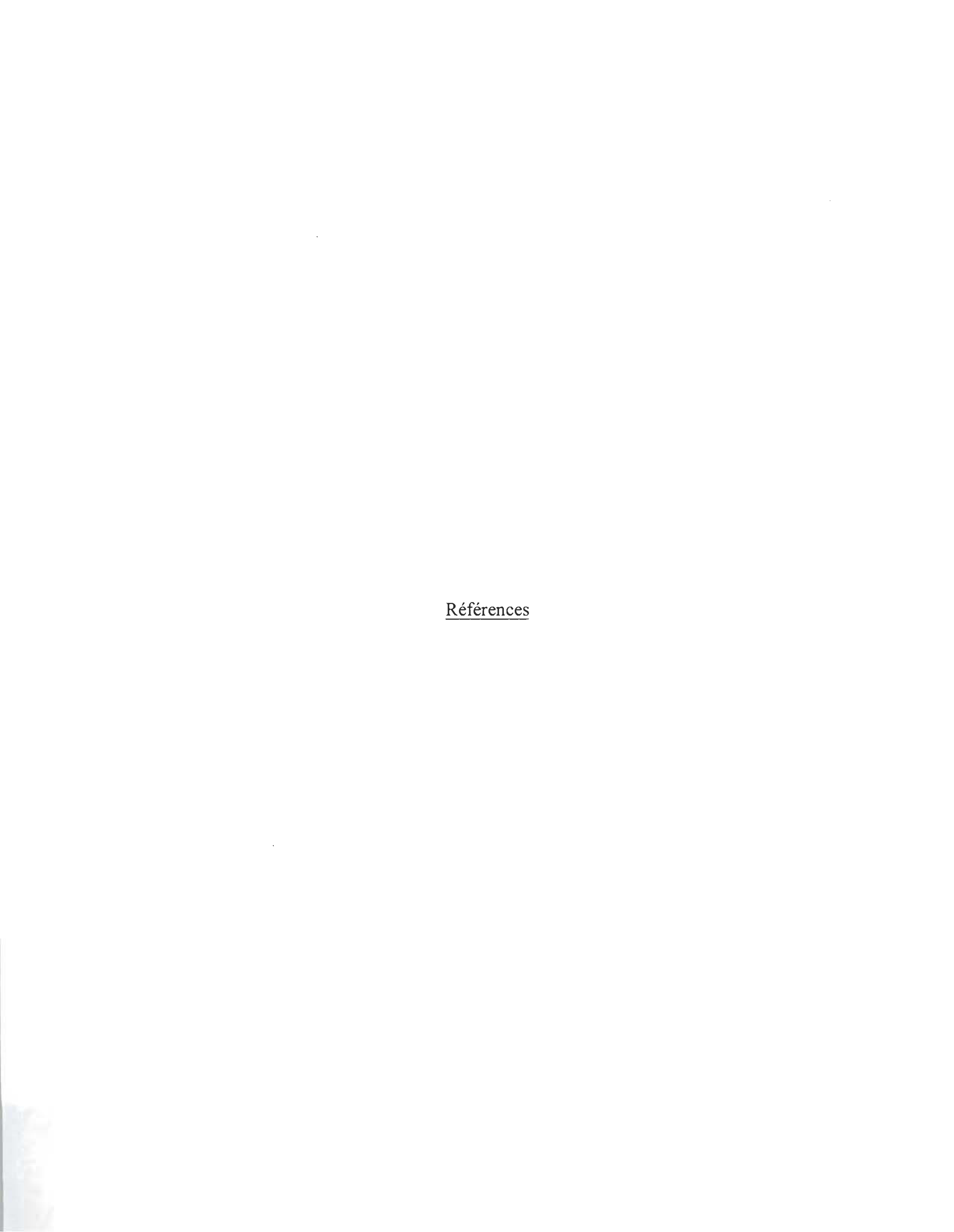
intervention clinique plus adaptée, il est important de tenter d'établir une distinction entre les sous-groupes d'individus limites. Deuxièmement, l'étude des mécanismes de défense au TAT demeure une expérimentation peu commune et peu réalisée par le passé. La méthode de cotation de Shentoub (1998) permet de repérer les défenses présentes dans le récit TAT. Son utilisation demeure pertinente et concorde avec les bases théoriques présentées. Elle permet de déceler des défenses plus immatures de l'individu d'organisation limite.

Cette étude permet de joindre la recherche à la clinique. Malgré ses faiblesses, elle amorce une réflexion quant au diagnostic différentiel que peut établir le clinicien à partir de l'évaluation de la fragilité et de la précarité des mécanismes de défense de son client. La poursuite de ce type de recherche pourrait rendre possible une meilleure connaissance des dispositions du client au passage à l'acte suicidaire. Une constellation défensive caractéristique permettrait au clinicien d'établir un pronostic plus juste et d'établir des pistes d'intervention plus adaptées.

Conclusion

En conclusion, l'objectif de cette étude était de comparer des individus souffrant du trouble de la personnalité limite qui effectuent ou non des agirs autodestructeurs quant aux mécanismes de défense au TAT. Les résultats démontrent que l'on retrouve significativement un plus grand nombre de défenses immatures (C et E) et de défenses narcissiques (C/N) chez les individus agissants que chez ceux non agissants. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes quant aux mécanismes d'évitement du conflit(C), aux mécanismes saturés en processus primaires(E), au clivage(E-15), ainsi qu'à la perte de distance du moi (E-11). Les différences non significatives sont expliquées par les limites méthodologiques, une sous cotation des protocoles et par des difficultés rencontrées avec la méthode d'analyse de Shentoub. En recommandations, il est important de former des groupes plus uniformes quant aux caractéristiques des passages à l'acte et de la restructuration psychologique des participants. Ensuite, il semble nécessaire de coter les protocoles de manière plus fidèle à la méthode française. Pour ce faire la poursuite de l'amélioration de la grille de dépouillement ainsi que plus amples explications, exemples et recherches à son sujet paraissent fondamentales. Enfin, pour permettre un repérage plus représentatif du clivage, le test du Rorschach semble plus adéquat. Cette recherche s'inscrit parmi les premières à évaluer les différences entre les groupes d'individus limites agissants ou non de manière autodestructrice. Comme d'autres recherches, elle démontre des différences significatives au niveau de la structure de la personnalité. Il paraît alors important de

poursuivre ce type d'étude afin de favoriser l'évaluation clinique et de développer des interventions appropriées pour chaque sous-groupe d'individus limites. Le clinicien pourra grâce à ces recherches mieux évaluer le risque d'agir autodestructeur et la fragilité de son client.



Références

Ackerman, S., Clemence, A., Weatherill, R., & Hilsenroth, M. (1999). Use of the T.A.T. in the assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of personality assessment*, 73(3), 422-448.

American psychiatric association. (1996). *Mini DSM-IV: critères diagnostiques.* Paris: Masson.

Anzieu, D., & Chabert, C. (1987). *Les méthodes projectives.* Paris: Presses Universitaires de France.

Anzieu, D. (1995). *Le moi peau.* Paris: Dunod.

Bergeret, J. (2000). *Psychologie Pathologique* (8e éd.). Paris: Masson.

Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère et les symptômes* (3e éd.). Paris: Dunod.

Bergeret, J. (1995). *Freud, la violence et la dépression: l'oedipe et le narcissisme.* Paris : Presses Universitaires de France.

Bergeret, J. (1992). *La dépression et les états limites.* Paris: Payot.

Boivin, M., & Bégin, G. (1982). Comparaison of interjuge reliabilities in scoring TAT protocols as a measure of nach. *Perceptual and motors skills*, 54, 59-62.

Bollens, A. (1999). *Lien entre la dépression et le passage à l'acte contre autrui dans le trouble de la personnalité limite.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Brelet, F. (1986). *Le T.A.T. fantasme et situation projective.* Paris: Dunod.

Centre de Prévention du Suicide de la Mauricie. *Centre de Prévention du Suicide Trois-Rivières,* [En ligne]. http//www.prevention-suicide.qc.ca/ (page consultée le 27 novembre 2001).

Chabert, C., Brusset, B., & Brelet-Foulard, F. (1999). *Névroses et fonctionnements limites.* Paris: Dunod.

Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives.* Paris: Dunod.

Champagne, J-S. (2000). *Comparaison entre deux groupes d'individus états-limites quant à la constellation dépressive au Rorschach.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Cramer, P. (1999). Future directions for the thematic aperception test. *Journal of personality assessment*, 72(1), 74-92.

Cramer, P. (1997). Indentity, personnality, and defense mechanisms, an observer-based study. *Journal of research in personality,* 31, 58-77.

Cramer, P. (1996). *Storytelling, Narrative, and the thematic aperception test.* New-York : Guilford Press.

Cramer, P., Ford, R., & Blatt, S. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(4), 610-616.

Cramer, P. (1987). The development of defense mechanisms. *Journal of personality*, 55, 597-614.

Crosby Ouimette, P., & Klein, D. (1995). Test-retest stability, mood-state dependence, and informant-subjet concordance of the SCID-AXIS II questionnaire in a nonclinical sample. *Journal of personality disorders*, 9(2), 105-111.

De Tychey, C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test du Rorschach. Point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique.* Issy-les-Moulineaux : Éditions EAP

Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). Short interval test-retest interrater reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *Journal of personality disorders*, 12(2), 138-148.

Exner, J. E. (1998). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (3 éd.). Paris: Frison-Roche.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV: Patient edition (SCID-P).* New-York : American Psychiatric Press. Traduction française par L. Bordeleau, Québec : Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL).

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., & Rounsaville, B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID II). Part II: multi-site test-retest reliability study. *Journal of personality disorders*, 9(2), 92-104.

Foucade, J-M. (1997). *Les patients limites*. Paris: Desclée de Brouwer.

Fyer, M., Frances, A., Sullivan, T., Hurt, S., Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 145(6), 737-739.

Goldstein, E.G. (1990). *Borderline disorders : clinical models and techniques*. New-York: Guilford.

Gunderson, J.E. (1990). New perspectives on becoming borderline. Dans Links, P.S. Family environment and borderline personality disorder (pp.149-159). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc..

Grunderson, J., Singer, M. (1975). Defining borderline patients; an overview. *American journal of psychiatry*, 132(1), 1-10.

Hibbard, S., Famer, L., Wells, C., Diphillipo, E., Barry, W., Korman, R., & Sloan, P. (1994). Validation of Cramer's defense mechanism manual for the TAT. *Journal of personality assessment*, 63(2), 197-210.

Ionescu, S., Jacquet, M-M., Lhote, C. (2001). *Les mécanismes de défenses, théorie et clinique*. Paris: Nathan Université.

Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 428-433.

Kernberg, O.F. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.

Kernberg O.F. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

Kernberg, O.F. (1993). The development of intrapsychic structures in the light of borderline personality organization. Dans Pollock, G. & Greenspan, S. The course of life. vol. 5:Early adulthood (pp.287-310) Madison, CT: International Universities Press

Kernberg, O.F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapiques*. Paris: Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse* (11e éd.). Paris: Presses Universitaires de France.

Laviolette, L. (1999). *Les caractéristiques intrapsychiques des sujets présentant un trouble de la personnalité limite en fonction du passage à l'acte suicidaire.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lefebvre, J. (2001). *Comparaison d'individus avec et sans trouble de personnalité limite quant aux indices de trouble de la pensée au Rorschach.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of personality assessment*,73(1), 45-63.

Lerner, P. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach.* Hillsdale, N.J.: Analytic press.

Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) version 2.0. *Journal of personality disorders*, 11(3), 279-284.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique.* Paris: Empêcheurs de penser en rond.

Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte, aspects cliniques et psychodynamiques.* Paris: Masson.

Morval, M. (1982). *Le T.A.T. et les fonctions du Moi* (2e éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Murray, H.A. (1943). *Thematic aperception test: manual.* Cambridge: Harvard University Press.

Paquet, M-E. (2002). *Comparaison de deux groupes de personnalité borderline, ayant commis ou non des comportements d'autodestruction, à l'égard des mécanismes de défense et de la perte de limite du moi.* Université du Québec à Trois-Rivières: mémoire de maîtrise non publié.

Rippetoe, P.A., Alarcon, R.D., & Walter-Ryan, W.G. (1986). Interactions between depression and borderline personality disorders. Psychopathology, 19, 340-346.

Shentoub, V. (1998). *Manuel d'utilisation du T.A.T.: Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID II)*. New-York: American Psychiatric Press. Adapté au DSM-IV par l'équipe de S.Hodgins. Montréal: Université de Montréal (UDM).

Statistique Canada. *Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge*, [En ligne]. http/www.statcan.ca/francais/pgdb/people/health/health01_f.htm (page consultée le 27 mars 2001)

Stone, M. (1993). Paradoxes in the management of suicidality in borderline patients. *American journal of psychotherapy*, 47(2), 255-272.

Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Objects relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: a thematic aperception test analysis. *Psychological assessment*, 2(4), 355-364.

Williams, J.B., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.U. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): multisite test-retest reliability. *Archives of general psychiatry*, 49(4), 630-636.

Yeomans, F.E., Hull, J.W., & Clarkin, J.C. (1994). Risk factors for self-damaging acts in a borderline population. *Journal of personality disorders*, 8(1), 10-16.



Appendices

Appendice A

Fiche de dépouillement de Shentoub : Procédés C et E

Procédés C

C/P

C/P 1 Tli long et/ou silences importants intra-récit.

C/P 2 Tendance générale à la restriction.

C/P 3 Anonymat des personnages.

C/P 4 Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus.

C/P 5 Évocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.

C/N

C/N 1 Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel).

C/N 2 Références personnelles ou autobiographiques.

C/N 3 Affect-titre

C/N 4 Posture signifiante d'affect.

C/N 5 Accent mis sur les quantités sensorielles.

C/N 6 Insistance sur le repérage des limites et des contours.

C/N 7 Relations spéculaires.

C/N 8 Mise en tableau.

C/N 9 Critiques de soi.

C/N 10 Détails narcissiques. Idéalisation de soi.

C/M

C/M 1 Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet.

C/M 2 Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative).

C/M 3 Pirouettes, virevoltes.

C/C

C/C 1 Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.

C/C 2 Demandes faites au clinicien.

C/C 3 Critiques du matériel et/ou de la situation.

C/C 4 Ironie, dérision.

C/C 5 Clin d'œil au clinicien.

C/F

C/F 1 Accrochage au contenu manifeste.

C/F 2 Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret.

C/F 3 Accent porté sur le faire.

C/F 4 Appel à des normes extérieures.

C/F 5 Affects de circonstance.

Procédés E

E 1 Scotome d'objet manifeste.

E 2 Perception de détails rares et/ou bizarres.

E 3 Justifications arbitraires à partir de ces détails.

E 4 Fausses perceptions.

E 5 Perception sensorielle.

E 6 Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés).

E 7 Inadéquation du thème au stimulus. Fabulation hors image; abstraction, symbolisme, hermétique.

E 8 Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive.

E 9 Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.).

E 10 Persévération.

E 11 Confusion des identités (télescopage des rôles).

E 12 Instabilité des objets.

E 13 Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales.

E 14 Perception du mauvais objet, thème de persécution.

E 15 Clivage de l'objet.

E 16 Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes.

E 17 Craquées verbales (troubles de la syntaxe).

E 18 Associations par contiguïté, par consonance, par coq-à-l'âne.

E 19 Associations courtes.

E 20 Vague, indétermination, flou du discours.

Appendice B

Questionnaire sociodémographique

1. Avez-vous déjà fait une ou des tentatives de suicide?
- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, décrire chacune des tentatives de suicide (informations : âge, moyens utilisés, hospitalisations médicales ou psychiatriques, séquelles physiques)

De la plus récente à la plus ancienne.

A. Âge :___
   Moyens utilisés :____________________
   Hospitalisations (psychologique ou médicale) :____________________
   Séquelles physiques :____________________

B. Âge :___
   Moyens utilisés :____________________
   Hospitalisations (psychologique ou médicale) :____________________
   Séquelles physiques :____________________

Nombre de tentatives de suicide : Dernier mois :________ À vie :_________

2. Avez-vous déjà eu (vécu) des idées suicidaires (idéations suicidaires), sans avoir passé à l'acte? (Âge, durée, hospitalisation, fréquence).

   A. Âge :___
      Durée:____________________
      Fréquence:____________________
      Hospitalisation :____________________

   B. Âge :___
      Durée:____________________
      Fréquence:____________________
      Hospitalisation :____________________

Présence dans le dernier mois :
- ❑ Oui
- ❑ Non

3. Avez-vous déjà fait des automutilations?

Si oui décrire (à savoir : âge, fréquence, moyens utilisés, séquelles physiques, hospitalisation)

A. Âge :_______
   Fréquence/ Durée :____
   Moyens utilisés :____
   Hospitalisation :____
   Séquelles physiques :____

B. Âge :_______
   Fréquence/ Durée :____
   Moyens utilisés :____
   Hospitalisation :____
   Séquelles physiques :____

4. Avez-vous déjà subi un abus sexuel (incluant attouchement)?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge :______
   Agresseur :____
   Durée :____
   Fréquence :____

B. Âge :______
   Agresseur :____
   Durée :____
   Fréquence :____

5. Avez-vous déjà subi un abus physique?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge :______
   Agresseur :______________________________
   Durée :______________________________
   Fréquence :______________________________

B. Âge :______
   Agresseur :______________________________
   Durée :______________________________
   Fréquence :______________________________

6. Avez-vous déjà subi un abus verbal (humiliation)?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence)

A. Âge :______
   Agresseur :______________________________
   Durée :______________________________
   Fréquence :______________________________

B. Âge :______
   Agresseur :______________________________
   Durée :______________________________
   Fréquence :______________________________

7. Avez-vous déjà été témoin de violence?

- ❑ Oui
- ❑ Non

A. Âge :____
   Qui? ______________________________
   Type (verbal ou physique) :______________________________

8. Avez-vous déjà subi un abandon / une séparation (ex. séparation des parents, décès, placement en famille d'accueil, ...)?

À quel âge?
- ❑ 0-3 ans
- ❑ 4-6 ans
- ❑ 7-12 ans
- ❑ 13-18 ans

A. Type (décès, séparation)? :______________________________
Qui?
- ❑ Père
- ❑ Mère
- ❑ Autre :______________________________

Substitut (ex. adoption, placement en famille d'accueil) :
- ❑ Oui
- ❑ Non

Qui?______________________________

B. Type (décès, séparation)? :______________________________
Qui?
- ❑ Père
- ❑ Mère
- ❑ Autre :______________________________

Substitut (ex. adoption, placement en famille d'accueil) :
- ❑ Oui
- ❑ Non

Qui?______________________________

9. Vous-êtes vous déjà battus ou avez-vous déjà battu quelqu'un dans votre vie?
- ❑ Oui
- ❑ Non

Combien de fois?
- ❑ 0-6
- ❑ 7-12
- ❑ 13-18
- ❑ 19 et plus

Décrire de la plus récente à la plus ancienne.

A. Âge :______
   Avec qui?____
   Pourquoi?____
   ____
   Intoxication (alcool/drogue) :________________________________
   Blessures infligées (hospitalisation) :__________________________

B. Âge :______
   Avec qui?____
   Pourquoi?____
   ____
   Intoxication (alcool/drogue) :________________________________
   Blessures infligées (hospitalisation) :__________________________

10. Avez-vous déjà brisé un objet sous le coup de la colère?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel(s) objet(s) et combien de fois? ______________________________